

**Wniosek w sprawie wydania orzeczenia
o wskazaniach do ulg i uprawnień**

Nr sprawy: Miejscowość
Data

Imię i nazwisko
Data i miejsce urodzenia
Nr i seria dowodu osobistego (paszportu)
PESEL
Adres stałego zameldowania.....
.....
Adres do korespondencji
Nr telefonu

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Strzyżowie**
ul. Parkowa 4
38-100 S T R Z Y Ź Ó W

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:*

- szkolenia,
- odpowiedniego zatrudnienia,
- korzystania z rehabilitacji,
- korzystania z systemu pomocy społecznej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- spełniania przez osobę przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2012 r. poz. 1137, z późn. zm.)
- zasiłku pielęgnacyjnego
- konieczności zamieszkiwania w oddzielnym pokoju

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna: stan cywilny stan rodzinny.....
zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
- | | samodzielnie | z pomocą |
|--|--------------|----------|
| 1) wykonywanie czynności samoobsługowych | x | x |
| 2) prowadzenie gospodarstwa domowego | x | x |
| 3) poruszanie się w środowisku | x | x |
2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego
niezbędne wskazane zbędne
 x x x
3. sytuacja zawodowa: wykształcenie
zawód
obecne zatrudnienie:

Oświadczam że:

1. pobieram świadczenie *(nie pobieram*) z ubezpieczenie społecznego:
jakie
od kiedy

2. posiadam ważne orzeczenie (podać organ wydający, datę wydania i okres na jaki zostało wydane)

3. składałem* (nie składałem*) uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
jeżeli tak, to kiedy
z jakim skutkiem

4. mogę* (nie mogę*) samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego. (Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).

5. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez **lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego**, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

6. do wniosku załączam posiadaną dokumentację medyczną oraz aktualne orzeczenie

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy(a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnych potrzeb wynikających z trybu postępowania przy wydawaniu orzeczeń o stopniu niepełnosprawności (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych- Dz. U. Nr 133, poz. 883).

* niepotrzebne skreślić

.....
podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego